

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

POUR LE

N°

218

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Albert Raphaël LÉPINE

Né le 19 janvier 1909 à Lyon (Rhône)

LES ACCOUCHEMENTS
EN OCCIPITO-SACRÉE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Albert Raphaël LÉPINE

Né le 19 janvier 1909 à Lyon (Rhône)

LES ACCOUCHEMENTS
EN OCCIPITO-SACRÉE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hédrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale	BEZANÇON.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E).. Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLJARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENEAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUEJOUL. Obstétrique.

MM-

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DONZELOT Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 HARVIER..... Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.
 VALLERY RADOT
 (Pasteur) Clinique médicale.
 SEZARY Clinique médicale.

MM.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 BROcq Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU..... Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551623_0021

INTRODUCTION

Au cours de nos stages d'accouchements et de notre courte pratique de clientèle, nous avons rencontré personnellement quatre cas d'accouchement en occipito-sacrée. Frappés de ce nombre par rapport aux 57 accouchements que nous avons pratiqués, simples ou compliqués, et sachant que l'occipito-sacrée est considérée comme une rareté, nous avons voulu étudier ce sujet pour notre thèse.

Nous adressons ici nos respectueux remerciements à Monsieur le Professeur Couvelaire qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter de présider la soutenance de ce travail bien imparfait et incomplet mais sincère.

Nous prions également M. le Docteur Devraigne de trouver dans ces lignes l'expression de notre profonde reconnaissance pour son enseignement si clair et si humain. Nous n'oublierons jamais les trop courtes heures passées à la Maternité de Lariboisière, et nous espérons faire toujours honneur à ses traditions de travail et d'honnêteté scientifique et professionnelle.

A la fin de nos études médicales et avant de nous

lancer dans la grande étude qu'est la pratique journalière de notre art, nous voulons aussi adresser à tous nos amis et camarades un souvenir ému et reconnaissant pour toutes les heures passées en commun aux lits des malades, sur les bancs des amphithéâtres ou en fécondes discussions.

Nous avons divisé notre sujet en cinq parties :

Les idées admises.

L'accouchement en occipito-sacrée.

Le mécanisme.

Le pronostic.

La conduite à tenir.

Notre étude porte sur 130 observations dont quatre nous sont personnelles. Parmi les 126 autres que nous avons recueillies à la Maternité de Lariboisière et que notre Maître M. le Docteur Devraigne a bien voulu nous autoriser à publier, il en est trois où, sans y prendre part, nous avons vu l'accouchement se dérouler sous nos yeux.

CHAPITRE PREMIER

LES IDEES ADMISES SUR LES OCCIPITO-SACREES

Nous ne ferons pas un historique proprement dit de la question des occipito-sacrées. L'étude de ces cas a été presque toujours confondue avec celle des occipito-postérieures dont l'historique a été très bien fait par nos devanciers, Bataillard en particulier, dont la thèse fait encore autorité et à laquelle se réfèrent presque tous les auteurs étudiant la question.

Qu'il nous suffise de rappeler que les anciens considéraient l'occipito-sacrée comme l'aboutissant constant des positions postérieures — qu'ils croyaient rares — et pensaient que l'issue en était toujours des plus dangereuses pour la mère et l'enfant.

Mauriceau lui-même la craignait, et s'il reconnaissait que la terminaison en est parfois favorable, il n'en enseignait pas moins que seuls de petits enfants pouvaient naître de cette façon « contre nature » et

que dans ces cas le travail était toujours très prolongé et considérablement plus pénible.

Mme Lachapelle que sa grande expérience porta toujours à contredire un peu les idées reçues, en fait un tableau moins sombre et note la déflexion de la tête fœtale, très marquée dans certains cas.

Solayrès de Renhac et Baudelocque découvrent que la rotation de l'occiput peut se faire en avant dans les postérieures. Mais c'est Velpeau et Dubois, et surtout les patientes investigations de Naegele qui montrent que cette rotation est la règle. Un double courant d'opinion se crée alors parmi les accoucheurs : Velpeau, Dubois, Pajot considèrent l'occipito-postérieure comme une anomalie sans grande gravité ; Cazeaux, Hubert de Louvain, Scanzoni, au contraire, continuent à en faire une position dangereuse souvent, pénible toujours.

Mais les auteurs sont encore d'accord pour considérer l'occipito-sacrée comme un mode de dégagement tout à fait anormal, et des plus vulnérants pour les tissus maternels et la tête fœtale.

Tarnier sera le dernier, en France, de ceux qui craignent les occipito-postérieures et les occipito-sacrées. A plusieurs reprises et malgré les opinions de ses contemporains il insiste sur la durée et la difficulté du travail, et sur le danger que court le périnée, gravement menacé au cours de ces accouchements.

Pinard, en inspirant les thèses de Bataillard, Corbière, Corinin, Bayard, Bouhey, renverse complètement les idées admises et établit que les postérieures en général et les occipito-sacrées en particulier ne comportent qu'un pronostic à peine plus sérieux que les antérieures et les occipito-pubiennes.

Ces travaux, et ceux d'autres auteurs encore : Guerrero et Dupré à Paris, Dimitroff à Toulouse, Lacrotte à Lyon, paraissent montrer que l'accord s'est fait sur ces sujets. Leurs conclusions quant aux occipito-sacrées en établissent la rareté — moins de 1 % — et la relative bénignité. Les interventions sont un peu plus nombreuses que dans les occipito-postérieures mais non pas plus graves. Les déchirures périnéales sont à peine plus fréquentes et du même ordre de gravité. La durée du travail est peu augmentée. Les suites de couches sont sensiblement normales.

Si l'on quitte les thèses des élèves pour consulter les traités et les travaux originaux des maîtres, la même note d'optimisme persiste, sauf toutefois en ce qui concerne le périnée que la plupart des auteurs estiment bien plus menacé que dans les occipito-postérieures.

M. Demelin qui estime les occipito-sacrées à 2 % des accouchements par le sommet et en a fait une étude très poussée, écrivait en 1907 :

« Une mauvaise direction a pour conséquence de

dégager la partie fœtale par ses diamètres les plus grands et d'augmenter ainsi les chances de déchirures. Un dégagement en occipito-sacrée est pour ce motif plus d'angereux qu'un dégagement en occipito-postérieure ».

M. Maygrier estime les occipito-sacrées très dangereuses pour le périnée et conseille, lors d'une application de forceps, de dégager en occipito-pubienne « pour le ménager ».

M. Metzger écrit : « L'occipito-sacrée fonce droit devant elle dans le périnée ».

M.M. Dubrisay et Jeannin redoutent spécialement le dégagement en occipito-sacrée pour le périnée de leurs accouchées.

La plupart des auteurs, sans être tous aussi affirmatifs reconnaissent que l'occipito-sacrée cause plus de déchirures que les occipito-pubiennes et sont à peu près d'accord pour en faire un mode d'accouchement un peu plus long mais n'ayant pas un pronostic moins favorable que le mode normal.

Avant de quitter les travaux de langue française, notons l'opinion de Mercken de Bruxelles, qui, étudiant une statistique établie en 1926 à Lausanne (Suisse) dans le service du Professeur Rossier donne des chiffres venant en contradiction absolue avec tout ce que nous connaissons au sujet de la fréquence des occipito-sacrées par rapport aux positions posté-

rieures. Ils montrent en effet 100 positions postérieures et 43 occipito-sacrées pour 3180 accouchements par le sommet. La proportion des occipito-sacrées aux sommets étant comparable aux chiffres classiques (1, 3 %) nous pensons que la différence vient de ce que le diagnostic de la position n'est pas fait au début du travail comme chez nous, mais au cours de l'accouchement, et comprend ces « positions de travail » dont parle Pinard. Quoi qu'il en soit, les conclusions pratiques concernant le pronostic sont semblables à celles des auteurs français. Nous reverrons plus loin cette statistique déjà controversée par Allin dans sa thèse en 1927.

En Allemagne, les idées diffèrent peu de celles admises en France. Les auteurs pensent en général que les occipito-sacrées surviennent surtout avec des prématurés ou des enfants morts — la moitié pour Bumm et Martius, plus des trois-quarts pour Schumacher. Ils parlent peu des lésions du périnée et nous n'avons pas trouvé de documents numériques sur la question. Mais ils insistent, avec des termes rappelant de bien près ceux de Tarnier sur la lenteur désespérante du travail et la durée de l'expulsion.

En Angleterre et en Amérique, les conclusions de tous les travaux que nous avons pu réunir sont à peu près semblables entre elles. Elles montrent que les accoucheurs en sont exactement à l'opinion professée par Tarnier, et quelques-uns même en deçà.

Leurs statistiques montrent en général une fréquence plus élevée d'occipito-sacrées que chez nous. Tarnier citait déjà une statistique de West indiquant 1, 30 % d'occipito-sacrées sur les sommets, 4 % sur les postérieures. Miller d'Edimbourg parle de 4 à 5 % sur les sommets. Robert Jardine en estime le nombre à 2, 5 % des sommets.

Mais là où les auteurs anglais et américains diffèrent totalement des français, c'est au sujet du pronostic. Tous décrivent les positions postérieures comme néfastes, rendant le travail interminable et très pénible et leur attribuent des complications nombreuses et graves. Quant aux occipito-sacrées la plupart la considèrent comme une impasse. Que ce soient les Anglais Miller, Gertrude Dearnley, Jardine, Bjornson ; Bill, Irving de Philadelphie, Boggs de Montréal, tous pensent que l'accouchement est impossible sans graves délabrements surtout chez les primipares. Bill dit même, appuyé par Irving : « Je ne crois pas que l'on doive jamais dégager ou laisser se dégager une tête la face contre le pubis ».

Aussi interviennent-ils presque toujours pour forcer la rotation à s'accomplir, soit manuellement par la méthode de Smellie, la manœuvre de Tarnier ou des modifications personnelles de ces deux méthodes, soit au moyen du forceps. Du reste, de nombreux travaux portent le titre de « Traitement des occipito-postérieures ».

Nous pensons pouvoir expliquer la divergence d'opinion entre les Français et les Allemands d'une part et les Anglo-Saxons d'autre part, par des considérations très simples sur les méthodes obstétricales de ces écoles. Dans les pays de langue anglaise, on est infiniment plus porté que chez nous à considérer comme grave et inutile tout travail prolongé et toute souffrance maternelle un peu vive. Nous n'en voulons pour preuve que l'habitude bien plus répandue de l'anesthésie et de l'analgésie obstétricale, et la facilité avec laquelle les accoucheurs anglo-saxons interviennent manuellement, instrumentalement ou pharmacologiquement pour hâter ou modifier un accouchement qu'ils jugent pathologique. Dans ces conditions, un cas qui nous semble seulement prolongé ou pénible leur paraît tout à fait grave.

Après avoir ainsi fait le point des idées actuelles sur l'accouchement en occipito-sacrée et avant de commencer l'étude détaillée des observations que nous avons recueillies, nous voudrions dire quelques mots de notre sentiment sur la méthode capable de tirer d'une telle étude des enseignements valables pour le praticien.

Il est habituellement admis qu'il suffit, pour tirer des conclusions valables d'un certain nombre de cas de la même espèce d'en faire une statistique c'est-à-dire de les additionner, de les diviser, de les comparer et d'établir des moyennes et des pourcentages.

Malheureusement il est trop facile de voir à quel point les statistiques ainsi obtenues sont parfois fausses, soit parce que leur auteur n'a pas tenu compte d'un ou de plusieurs facteurs dans l'établissement de ses calculs, soit parce qu'un certain nombre d'éléments échappent à l'observation. Et même avec des statistiques dites exactes, la méthode, en médecine plus encore qu'en toute autre science d'observation, est critiquable, et au point de vue pratique, et au point de vue rectitude du jugement.

Au point de vue du jugement, parce qu'elle semble trop pouvoir dispenser de l'étude de chaque cas par l'apparente rigueur de ses conclusions. Or, rien ne peut remplacer l'observation attentive et personnelle d'un phénomène, qui seule permet d'en tirer un enseignement.

Au point de vue pratique, parce que dans la pratique journalière seuls comptent les cas particuliers. Chaque accouchement, chaque malade est un problème, complexe et unique, qui ne se retrouvera jamais dans son intégralité.

La statistique ne connaît pas le cas particulier, encourage à la paresse d'esprit en habituant à croire aux chiffres comme à un dogme et engendre de pénibles surprises lorsque les faits se chargent de démentir ses conclusions erronées ou inapplicables. Les grands cliniciens ne sont jamais de grands statisticiens. Ils

ne remplacent pas l'observation et l'induction raisonnée par des chiffres et des moyennes.

Claude Bernard écrivait à ce sujet :

« L'usage des moyennes ou l'usage des statistiques en médecine et en physiologie conduisent pour ainsi dire nécessairement à l'erreur... »

Le plus grave écueil de l'application du calcul aux phénomènes biologiques est toujours au fond leur trop grande complexité qui les empêche d'être définis et suffisamment comparables entre eux...

Il faut d'abord déterminer exactement les conditions de chaque phénomène ; c'est là la véritable exactitude biologique, et sans cette première étude toutes les données numériques sont inexactes et d'autant plus inexactes qu'elles donnent des chiffres qui trompent et en imposent par une fausse apparence d'exactitude...

Les coïncidences, dit-on, peuvent jouer dans les causes d'erreur de la statistique un si grand rôle, qu'il ne faut conclure que d'après les grands nombres. Mais le médecin n'a que faire de ce qu'on appelle la loi des grands nombres, loi qui, suivant l'expression d'un grand mathématicien est toujours vraie en général et fausse en particulier. Ce qui veut dire que la loi des grands nombres n'apprend jamais rien pour un cas particulier. Or, ce qu'il faut au médecin c'est de savoir si son malade guérira. Sans doute la statistique peut guider le pronostic du médecin, et en cela elle lui est utile. Je ne repousse donc

pas l'emploi de la statistique en médecine, mais je blâme qu'on ne cherche pas à aller au-delà et qu'on croie que la statistique doive servir de base à la science médicale »
(Introduction à l'étude de la médecine expérimentale).

Nous rapprocherons de ces lignes du maître de la physiologie moderne ce que Trousseau enseignait à ses élèves au début de ses immortelles cliniques de l'Hôtel-Dieu :

« La méthode numérique reconnaît la puissance souveraine du chiffre. Le médecin doit imposer silence aux élans de son imagination, il analyse, compte et enregistre sévèrement les résultats ; rien de plus, rien de moins... Je ne reproche pas à la méthode numérique de compter, car on ne peut systématiser sans compter ; mais je lui reproche de compter seulement, en un mot de s'en tenir au résultat rigoureux comme le mathématicien. Je lui reproche de trop compter, de compter trop longtemps, de compter toujours, de ne pas vouloir mettre son esprit dans les choses...

Cette méthode est le fléau de l'intelligence, elle fait du médecin un agent comptable, serviteur passif des chiffres qu'il a superposés ; et le plus grand reproche que je lui fasse, c'est d'étouffer l'intelligence médicale...

Je tiens à bien faire comprendre ma pensée : j'adopte la statistique, j'adopte même si vous le voulez la méthode numérique, pourvu qu'elle ne soit qu'un moyen, quelquefois préparatoire, le plus souvent complémentaire, un

peu moins imparfait que ce qui existait auparavant. Mais je la repousse de toutes mes forces si elle se donne pour une méthode complète, capable de conduire nécessairement à la vérité...

Et moi je vous dis aussi : assemblez des faits, recueillez des observations de votre mieux, aussi complètes que possible ; mais dès que vous avez un fait, un seul fait, appliquez-y tout ce que vous avez d'intelligence, cherchez-y les côtés saillants, voyez ce qui est en lumière, laissez-vous aller aux hypothèses, courez au-devant s'il le faut ».

(Cliniques de l'Hôtel-Dieu. Introduction).

C'est dans l'esprit de l'enseignement de ces maîtres que nous aurions voulu construire notre étude. Malheureusement l'observation directe ne nous a été permise que dans un nombre restreint de cas, en raison de la rareté des occipito-sacrées. Nous avons cherché à remplacer cette carence par une dissection aussi attentive que possible des éléments que nous possédons sur les autres cas.

Nous ne tirerons pas de conclusions absolues de notre travail. Nous comparerons simplement nos résultats, les pourcentages que nous établirons avec ceux de nos prédécesseurs. Lorsqu'ils différeront nous n'en concluons pas qu'ils se sont trompés, mais que la matière de l'observation médicale est mouvante et changeante et que nous ne devons y prendre qu'un appui provisoire.

CHAPITRE II

L'ACCOUCHEMENT EN OCCIPITO- SACREE

Ainsi que nous l'avons dit dans notre introduction, notre étude porte sur 130 observations. Elles proviennent des accouchements effectués à la Maternité de Lariboisière pendant une période de cinq ans, du 15 février 1930 au 15 février 1935 et auxquels nous avons ajouté les accouchements que nous avons eu l'occasion de pratiquer en clientèle au cours de remplacements de médecins praticiens. Ces accouchements sont au nombre de 10.301 sommets, étudiés un à un, en éliminant tous les cas douteux, les avortements, les accouchements effectués avant l'arrivée à la salle de travail.

Il nous faut encore donner quelques explications. On trouvera dans nos observations quelques cas de forceps où le dégagement a été effectué en occipito-pubienne après une prise en occipito-sacrée. Nous

nous sommes naturellement crus en droit de les compter ; notre travail ne porte pas seulement sur les dégagements en occipito-sacrée mais sur tous les cas où la tête a pris à un moment donné la position occipito-sacrée.

Pour la même raison nous avons compté les cas où l'opérateur a dégagé en sacrée alors que la prise avait été faite en iliaque-postérieure. Nous n'avons pas compté les cas où l'on a dégagé en occipito-pubienne après une prise en iliaque-postérieure.

Fréquence de l'occipito-sacrée par rapport aux sommets.

Rappelons quelques chiffres fournis par différents auteurs :

Corinin	0, 56 %.
Bataillard	0, 57 %.
Lepage	0, 61 %.
Fabre	0, 8 %.
Bayard	0, 81 %.
Bouhey	0, 81 %.
Allin	1, 11 %.
Dubrisay Jeannin	1, 3 %.
Mercken	1, 3 %.
Auteurs allemands	1 à 2 %.
Demelin	2 %.
Auteurs anglais	1,5 à 5 %.

Nos chiffres nous donnent 1, 26 %.

La parité et l'âge.

Nous trouvons parmi nos cas 61 primipares et 69 multipares. Etant donné que sur les 10.301 sommets que comprend notre étude il y a 4.007 primipares et 6.294 multipares il est facile de calculer les proportions relatives :

1,54 % d'occipito-sacrée chez les primipares.

1,09 % — — — chez les multipares.

Ces chiffres viennent en contradiction avec ceux de Bouhey comme nous le verrons au chapitre du mécanisme. Ils sont d'accord avec ceux de Gilliard et de Mercken. Pour M. Demelin il y a équivalence entre les deux catégories. Pour Lepage il y aurait une proportion de 5/6 de primipares.

L'âge n'a d'intérêt que pour les primipares. Nous trouvons 16 primipares âgées de 27 ans ou plus que nous désignerons sous le nom de primipares âgées. Cette question a son importance pour le pronostic au point de vue de la résistance des tissus au passage de la tête fœtale.

Les gémellaires.

Nous trouvons douze cas de gémellaires avec neuf fois le premier et trois fois le second. Ceci ne correspond pas à l'opinion de Bayard et de Bouhey qui pensent que c'est plus souvent le second enfant qui se place en occipito-sacrée. D'autre part, cela représente

une proportion de gémellaires un peu plus élevée que dans les occipito-pubiennes.

La durée de l'accouchement.

Bien que nous sachions que la période de dilatation est prolongée dans les postérieures, suivant l'opinion de Varnier, nous n'avons noté régulièrement que la durée de l'expulsion qui nous intéresse plus particulièrement. En effet l'occipito-sacrée se constitue pendant la descente plutôt que pendant la dilatation.

Là, nous nous écartons des idées admises en général et nous sommes obligés de constater que dans la majorité de nos observations, la période d'expulsion a été prolongée de façon très notable. Nous avons établi le tableau suivant :

	Moins de 30'	30 à 1 h.	1 h. à 2 h.	2 h. à 3 h.	+ de 3 h.
Primipares	3	7	12	16	16
Multipares	23	23	12	9	3

Il y a une différence très nette entre les primipares et les multipares, le plus grand nombre des premières figurant aux longues durées et la majorité des secondes aux expulsions rapides. Si l'on compare ces chiffres aux chiffres moyens donnés par Varnier :

50' chez les primipares.

25' chez les multipares.

on voit que si la durée de l'expulsion par rapport à cette durée moyenne n'est augmentée que d'un tiers

environ chez celles-ci, près des trois-quart de celles-là la voient s'étendre au double et au triple.

Nous ajouterons une note sur la durée totale du travail dans deux cas particuliers :

Moins de 6 h.	11 multipares avec des enfants de moins de 3.300 gr. sauf un de 3.480.
Plus de 24 h.	13 dont 2 multipares sur 69, 11 primipares sur 61 dont 4 primipares âgées sur 16.

Les interventions et les lésions du périnée.

Sur nos 130 occipito-sacrées, il a été pratiqué 36 applications de forceps dont 31 chez des primipares. Chez ces dernières, il faut en compter 12 chez des primipares âgées. Chez celles-ci il y eut 10 déchirures du périnée. Dans les deux cas où le périnée resta intact, les enfants étaient prématurés et ne pesaient pas le poids normal.

On a effectué six fois la grande rotation pour dégager en occipito-pubienne. Sur ces six interventions il y eut :

- 1 déchirure complète,
- 1 déchirure malgré une épisiotomie,
- 3 déchirures,
- 1 périnée intact chez une primipare avec un enfant de 2.310 gr.,

On a dégagé — ou l'occiput s'est dégagé spontanément après une application de forceps — 30 fois en

occipito-sacrée. Sur ces trente interventions il y a eu :

8 périnées intacts dont deux avec des prématurés,

10 déchirures.

1 déchirure vagino-périnéale,

2 déchirures complètes.

2 épisiotomies simples,

2 épisiotomies doubles,

4 déchirures malgré épisiotomie,

1 déchirure complète malgré épisiotomie.

D'où 22 périnées lésés dont 4 gravement.

Dans les cas où l'accouchement s'est effectué spontanément nous relevons :

Pour 26 primipares de moins de 27 ans :

1 déchirure complète,

10 déchirures soit 11 sur 6.

Pour 4 primipares âgées :

2 déchirures malgré une épisiotomie,

1 déchirure

1 épisiotomie soit 4 sur 4.

Pour 64 multipares :

2 déchirures malgré une épisiotomie,

7 déchirures,

1 épisiotomie soit 10 sur 64.

Nous avons établi quelques pourcentages sur les matières de ce chapitre et nous les comparons dans notre tableau aux chiffres donnés par quelques auteurs et à ceux fournis par l'examen des 10.171 occipito-

pubiennes ayant eu lieu à la Maternité pendant le même laps de temps. Nous n'avons pas compté 5 éraillures du périnée notées dans nos observations.

Rupture des membranes.

Nous avons pensé à noter la rupture des membranes car elle nous paraît pouvoir donner des renseignements intéressants sur l'état de flexion de la tête. En effet si la tête est défléchie la poche des eaux bombe plus ou moins et la rupture des membranes aura plus de chances d'être précoce ou prématurée.

Dans les accouchements en occipito-pubienne, nous avons noté :

Rupture	tempestive spontanée ou non	86 %
—	précoce	11 %
—	prématurée	3 %

Dans nos observations : sur 128 cas où la rupture des membranes a été notée, elle fut :

30 fois précoce soit	23 %
15 fois prématurée soit	11,5 %

Les enfants.

Sur nos 130 naissances nous comptons :

- 2 morts avant le travail
- 1 mort-né
- 2 ranimés morts 8 h. et 14 h. après la naissance
- 12 enfants ranimés
- 5 enfants nés étonnés.

Au point de vue de leur poids :

37 pesaient plus de 3.500 gr. dont 11 plus de 4.000

52 pesaient de 3.000 à 3.500 gr.

29 pesaient de 2.200 à 3.000 gr.

12 pesaient moins de 2.200 gr. dont 8 moins de 1.600.

Ceci montre une proportion de $2/3$ environ d'enfants normaux, sans exclure les gros enfants ; un quart de petits enfants et $1/10$ de prématurés réels. C'est à peu près la proportion normale au cours des accouchements en occipito-pubienne.

La délivrance et les suites de couches.

C'est là un des points les plus intéressants de notre étude. L'expulsion, ainsi que nous l'avons montré a été longue et pénible le plus souvent. L'utérus s'est fatigué à fournir pendant de longues heures son effort maximum, il va peut-être devenir inerte.

Les parties molles maternelles ont été soumises à des compressions fortes et prolongées. Or, Pinard écrivait : « La pression exercée par la tête fœtale devient dangereuse pour les parties molles maternelles lorsqu'elle dure plus de deux heures sans progresser ». Les traumatismes apportés par les applications de forceps plus fréquentes que dans les autres positions vont venir s'ajouter à ces compressions.

Nous devons donc nous attendre à rencontrer deux sortes de complications :

Les hémorragies de la délivrance par inertie utérine ;

Les escharres vaginales et les troubles de compression des organes du petit bassin.

Nous trouvons dans nos observations :

8 cas d'hémorragie, avant ou après la délivrance par inertie utérine — 6% proportion élevée, —

3 cas d'escharres vaginales,

6 cas de cystite ou de dysurie, précédée une fois de rétention prolongée,

2 cas de fièvre persistant quelques jours sans cause appréciable.

CHAPITRE III

LE MECANISME

Il est bien évident que la rotation de l'occiput vers le sacrum et le dégagement dans cette position, pour anormaux qu'ils paraissent ne doivent pas moins obéir aux lois générales régissant le mécanisme de l'accouchement quel qu'il soit. Or ces lois elles-mêmes ont longtemps été décrites et interprétées différemment par les divers auteurs, et aujourd'hui encore on ne s'entend pas d'une façon parfaite à leur sujet. Nous nous proposons donc de revoir rapidement ces théories ou du moins celles qui ont encore cours, et de chercher laquelle ou lesquelles nous paraissent devoir être invoquées dans le cas qui nous occupe. Nous y ajouterons quelques remarques que nous avons faites et qui nous permettent, croyons-nous, de trouver à cette rotation anormale une cause n'ayant pas encore été mise en évidence de façon très nette.

La première théorie vraiment logique ayant pour

but d'expliquer la rotation de la tête fœtale au cours de sa descente est celle de l'accommodation, mise en avant par Dubois et reprise par Pajot. Elle supposait que le bassin était conformé de telle façon que la tête n'y pouvait passer qu'orientée de telle et telle manière aux différents étages. Suffisant parfaitement à expliquer l'accommodation au détroit supérieur, elle s'avère incapable de s'appliquer aux rotations intrapelviennes, parce qu'il a été reconnu que le bassin est un contenant beaucoup plus tolérant que ne le pensait Dubois.

Varnier, en effet, dans sa magnifique étude du détroit inférieur vint prouver que si l'on ne mettait en avant, pour expliquer les rotations, que les formes du bassin et la loi de l'accommodation passive seul le détroit inférieur musculaire constitué par la boutonnière pubo-coccygienne du releveur de l'anus pouvait donner une orientation quelconque à la tête. Veit, enseigna la même chose avec la différence qu'il donnait la prépondérance au pyramidal et à l'obturateur interne. Ce fut la théorie du bassin mou. Mais, comme il est prouvé que si les rotations se font souvent au contact du plancher pelvien elles sont encore plus souvent effectuées et complètes avant le passage du détroit inférieur musculaire, qu'elles se fassent en avant ou en arrière, cette théorie n'explique pas grand chose. De plus, en admettant que ce soit la fente pubo-

coccygienne qui fait tourner la tête et la place en situation longitudinale, le fait que l'occiput vient sous la symphyse pubienne dans 99 % des cas n'est pas expliqué.

Bouhey dans sa thèse reprend cette conception de la tête guidée par la fente pubo-coccygienne et en donne une interprétation qui nous paraît abusive. Il écrit en effet : « *En examinant de près toutes les observations des 81 occipito-postérieures directes que nous avons recueillies, il est facile le plus souvent de trouver la raison pour laquelle se fait en arrière la rotation de l'occiput* » et il ajoute immédiatement : « *bien des causes complexes doivent évidemment intervenir* », ce qui nous paraît contradictoire avec ce qui précède.

Il continue : « *L'occiput se place en avant toutes les fois qu'il y a accommodation entre les diamètres de la tête fœtale et la fente pubo-coccygienne. Si cette dernière se relâche et ne résiste plus le dégagement pourra se faire directement en arrière. L'expérience de Dubois est probante et nous explique pourquoi le dégagement en occipito-postérieure directe est plus fréquent chez les multipares à sangle pelvienne relâchée que chez les primipares* ». Et plus loin il ajoute que cela explique également pourquoi dans les gémellaires c'est plus souvent le deuxième enfant que le premier qui sort en occipito-sacrée.

Or, l'expérience de Dubois nous paraît ne rien prouver du tout au point de vue pratique. Rappelons qu'il s'agit d'une femme morte en travail et à qui l'on a fait une incision de la paroi abdominale et du fond de l'utérus, par laquelle on introduit un fœtus que l'on pousse pour le faire ressortir par les voies naturelles. Deux fois il se dégage en occipito-pubienne et la troisième en occipito-sacrée. Remplacé par un fœtus plus gros, celui-ci se dégage de nouveau en occipito-postérieure. Nous estimons qu'il n'est pas permis de conclure d'une telle expérience, faite sur un cadavre dont les tissus ne peuvent avoir les mêmes propriétés que ceux d'un corps vivant, à ce qui se passe au cours d'un accouchement. De plus il n'est nullement prouvé que les multipares fournissent une plus grande proportion d'occipito-sacrées que les primipares. Bouhey indique bien une proportion de 36 primipares sur 81 cas et il cite la statistique de Corinin qui est de 16 primipares pour 46 occipito-sacrées, mais il oublie de tenir compte de la proportion de primipares et de multipares dans la série d'accouchements de laquelle il tire ses exemples. Nous avons montré que dans notre étude la proportion s'est trouvée en faveur des primipares. De même pour les gémeles. Enfin si cette interprétation était exacte les grandes primipares devraient fournir un contingent élevé d'occipito-sacrées par rapport à leur fréquence, ce qui n'est pas le cas.

Hubert de Louvain, avec sa théorie des forces fit faire un pas décisif à la question. Il montra qu'il fallait tenir compte de forces appliquées à un mobile et des résistances que ce mobile rencontre. Les sens de ces résistances n'étant pas parfaitement parallèles font tourner le mobile. Mais on ne voit pas très bien dans sa démonstration où sont les résistances dont il parle ni pourquoi elles font tourner l'occiput dans un sens plutôt que dans l'autre.

Le Professeur Pollosson à Lyon, dans ses leçons recueillies par Trillat et développées dans sa thèse, à peu près en même temps que Echstedt et Olshausen en Allemagne, a donné une explication très séduisante de la rotation de l'occiput en avant dans les positions postérieures. Cette théorie, tenant compte de l'existence d'un plan lombo-iliaque sur lequel le dos du fœtus glisse, conduit et guidé par lui, tenant compte du fait que dans les sommets bien fléchis la tête est solidaire du tronc, montre comment ce dernier, repoussé en quelque sorte par le plan lombo-iliaque, entraîne l'occiput en avant. Elle montre de même que dans les sommets mal fléchis, la tête n'obéissant pas au tronc peut tourner en arrière pour son propre compte pendant que le tronc accomplit sa rotation normale vers l'avant. Elle montre également que dans les cas d'antéverson utérine marquée, de ventre en besace, le tronc sera moins, ou pas du tout sollicité à tourner, et la tête avec lui.

Cette explication qui est devenue classique en Allemagne peut en effet rendre compte de bien des cas de rotation. Mais nous pensons qu'elle ne les explique pas tous, et en tous cas pas tous les cas d'occipito-sacrées, que nous avons observés avec l'intention de vérifier la théorie s'il était possible.

En effet, supposons un cas où la position initiale est en O.I.D.P.

Il s'agit d'une femme à utérus normal, avec une paroi bien constituée. Supposons la tête défléchie, n'obéissant pas aux mouvements du tronc qui tourne en avant, et l'occiput venant se dégager à la commissure postérieure. Lors du mouvement de restitution, la tête devra nécessairement dépasser le diamètre transversal pour rattraper les épaules qui auront dépassé le diamètre antéro-postérieur. En effet, si le diamètre sterno-dorsal du fœtus ne dépassait dans sa rotation l'orientation transversale, on ne comprendrait pas que la tête soit normalement conduite à tourner l'occiput en avant et la théorie n'expliquerait plus rien. Or, si ce mouvement de restitution exagéré se remarque dans certains cas, il ne se produit pas toujours. Il est même souvent assez réduit et n'atteint pas immédiatement l'orientation transversale, montrant ainsi que le dos est encore en rapport avec un diamètre oblique postérieur. Ce n'est qu'ensuite, lors d'une nouvelle douleur, d'un effort ou d'une

manœuvre de l'accoucheur que les épaules s'engageant l'une en avant, l'autre en arrière dans la fente pubo-coccygienne, que la tête prend une orientation nettement transversale. Ce qui prouve que le dos foetal n'a pas tourné vers l'avant et que le plan lombo-iliaque n'a pas rempli son rôle.

On nous objectera que cela ne prouve rien contre la théorie du plan lombo-iliaque puisque nous prenons un cas négatif. Mais nous désirons simplement montrer que dans un cas semblable, la rotation vicieuse ne peut s'expliquer par la désolidarisation du tronc et de la tête, le tronc lui-même n'ayant pas accompli sa rotation. Il est toutefois un élément qui persiste dans la majorité des cas et avec une tête normale en forme et en dimension, c'est la déflexion.

Ceci nous amène à envisager la théorie qui nous paraît à la fois la plus simple et la plus complète, celle de M. Demelin, si lumineusement exposée par lui-même dans *Le Manuel de l'accoucheur*.

Pour M. Demelin l'explication des rotations réside uniquement dans les rapports mécaniques existant au cours de la descente entre les trois éléments suivants :

La force expulsive utérine,

La tête foetale et plus particulièrement le rectangle pariéto-frontal et le point d'articulation atloïdien,

Le bassin maternel et plus spécialement son arc antérieur.

L'étude raisonnée de la force, du mobile et de la résistance représentée spécialement par l'arc antérieur du bassin l'a conduit à une démonstration très claire de la nécessité de la rotation de l'occiput en avant aussi bien dans les postérieures que dans les antérieures. Nous ne répèterons pas ici cette théorie qui a l'avantage de s'appliquer aussi bien aux présentations de la face qu'aux sommets. La démonstration de M. Demelin montre également pour quelles raisons bien simples — l'équivalence des moments statiques frontal et occipital — la tête n'est pas sollicitée à tourner en avant lorsqu'elle est défléchie et que, donc, elle peut tourner en occipito-sacrée.

Mme Lachapelle avait déjà noté que les deux fontanelles restaient longtemps au même niveau dans certains cas de variétés postérieures. Tarnier fait remarquer que tant que la fontanelle antérieure reste accessible et la fontanelle postérieure élevée l'accouchement n'avance pas, et que la rotation se produit, rapidement suivie du dégagement lorsque la tête se fléchit. Fochier écrivait : « Une postérieure fléchie exécute toujours sa rotation, une tête défléchie tourne en occipito-sacrée ». Puech et Lequeux remarquent la mauvaise flexion mais se demandent si elle est cause ou effet de la mauvaise rotation. M. Metzger note que la tête est défléchie dans les occipito-sacrées et pour cette raison menace davantage le périnée. Les

auteurs anglais et américains sont tous d'accord à ce sujet. Naujoks en Allemagne, à propos d'un cas où une tête très défléchie s'est dégagée en occipito-pubienne écrit que la règle des défléchies est l'occipito-sacrée.

L'accord est donc fait sur ce point, la déflexion se retrouve toujours dans les occipito-sacrées. Nous avons en effet noté dans nos cas personnels que la déflexion était toujours présente, quelquefois même très marquée, et dans ceux que nous rapportons sans y avoir assisté elle est notée le plus souvent. Mais cette déflexion ne nous a pas toujours paru primitive, et dans deux cas que nous avons observés de très près parce que notre attention était attirée sur ces faits, nous avons trouvé que la tête en O.I.D.P. normalement fléchie au moment de l'engagement et à la dilatation complète ne s'est défléchie que secondairement, au cours de la descente et *après avoir accompli la plus grande partie de sa rotation en occipito-sacrée.*

Nous y reviendrons dans un moment. D'autre part, on observe fréquemment des têtes normalement fléchies en positions postérieures ou antérieures, restant fléchies au cours de leur descente, et qui viennent se dégager en occipito-sacrée. Ce sont dans la plupart des cas de petites têtes rondes, de prématurés principalement, qui font leur descente et leur rotation un peu n'importe comment parce qu'elles

sont au large dans l'excavation et ne présentent pas de diamètres suffisamment différents entre eux pour être forcées de tourner. Ce sont ces mêmes têtes qui se dégagent en transverse avec la même facilité, semblant donner un démenti à toutes les lois de l'accommodation. Ce fait a été bien vu par Bouhey dans sa thèse, mais il a eu le tort selon nous, de voir là la cause la plus fréquente des occipito-sacrées. Nous ne pouvons y voir qu'une cause d'un intérêt secondaire, car, outre que nous avons montré qu'un grand nombre d'enfants normaux et gros naissent en occipito-sacrée, si la plupart des cas de dégagement en occipito-sacrée avait pour causes la petitesse de la tête ou la laxité pubo-coccygienne critiquée plus haut, leur pronostic loin d'être moins favorable que celui des occipito-pubiennes le serait infiniment plus.

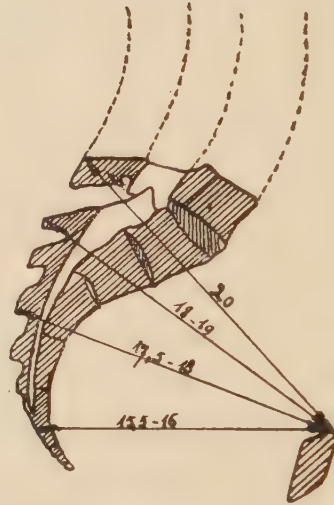
R. Guillaume dans une thèse de Lyon en 1910 attribue la rotation en occipito-sacrée à la forme de certains bassins qu'il décrit sous le nom de « Bassins à diamètre antéro-postérieur prédominant d'origine congénitale ». Cette forme de bassin serait due à la sacralisation de la cinquième lombaire. Son étude, très bien faite, montre que dans ces bassins la rotation paraît se faire indistinctement en avant ou en arrière, même avec des têtes normales. Nous admettons parfaitement l'existence de cette forme de bassin que nous n'avons pas rencontrée, peut-être parce

que notre attention n'avait pas été attirée sur eux, mais on admettra avec nous que relativement peu d'occipito-sacrées peuvent être attribuées à ce « format pelvien » qui doit être plutôt rare en raison de son étiologie.

Si donc ni la déflexion, ni la forme de la tête, ni la prépondérance du diamètre antéro-postérieur du bassin ne suffisent à expliquer, isolément ou ensemble, tous les cas d'occipito-sacrée, il faut qu'il y ait au moins une autre cause à cette rotation vicieuse. Nous croyons en avoir trouvé une dans une forme de bassin qui, à notre connaissance n'a été ni décrite ni envisagée à ce point de vue. Nous ne prétendons nullement appliquer cette anomalie à tous les cas d'occipito-sacrée, mais nous estimons fournir une explication que l'on peut mettre en parallèle, dans un certain nombre de cas avec les deux principales causes que nous admettons : déflexion et petitesse de la tête.

Que l'on ne croie pas surtout qu'il ne s'agit là que d'une vue de l'esprit. Nous avons réellement observé deux accouchements en occipito-sacrée où le bassin maternel avait la forme que nous allons décrire, et nous avons eu l'occasion de constater la même anomalie chez une femme ayant accouché quelques jours auparavant en occipito-sacrée. Fait remarquable, dans les trois cas l'accouchement a dû être terminé au forceps, bien que l'une des femmes fut une V. pare.

Bassin normal



Coupes sagittales médianes

Bassin à sacrum plat

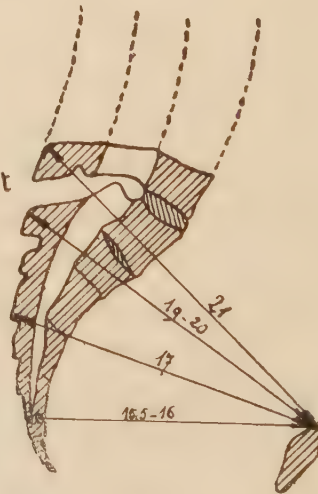


Figure I

Pour cette dernière, sur ses quatre accouchements précédents deux avaient dû être terminés artificiellement, le premier et le troisième, mais nous n'avons pu savoir s'ils avaient eu lieu en occipito-sacrée. Les deux autres étaient des primipares. Ce sont nos observations 127, 128 et 129. Par contre nous n'avons trouvé cette conformation de façon nette chez aucune des 40 femmes récemment accouchées en occipito-pubienne que nous avons examinées dans ce but.

Il s'agit essentiellement d'une conformation du sacrum pris dans son ensemble que nous désignerons sous le nom de « sacrum plat ». Nous entendons par là la tendance à la rectitude du profil du sacrum. Que l'on jette un coup d'œil sur notre figure 1 et l'on verra immédiatement et mieux que par de longues descriptions ce que nous voulons dire.

La différence d'avec un bassin normal porte sur trois points :

- 1° L'ensellure lombaire est moins marquée
- 2° Le promontoire sacré est plus éloigné du pubis
- 3° L'arc interne et externe du sacrum est moins accusé.

Le bassin au « sacrum plat » ressemble en un sens — l'agrandissement du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur — au bassin décrit par Guillaume. Mais dans le bassin que nous avons en vue, seul le diamètre A.P. du détroit supérieur est agrandi. A un

niveau moyen il est diminué et au niveau du coccyx il est conservé. De plus nous n'avons pas trouvé trace de sacralisation sur les bassins que nous avons examinés.

Si nous nous reportons aux mensurations et comparaisons des traités classiques d'anatomie, nous voyons qu'il s'agit en somme d'une ébauche de masculinisation du sacrum. Poirier, comparant les bassins masculins et féminins dit que le bassin est moins incliné et le sacrum plus droit et plus élevé chez l'homme que chez la femme. Dans notre cas le promontoire est moins saillant qu'il ne le serait dans un bassin d'homme parce que le reste du bassin reste féminin et ne prend pas la forme en cœur de carte à jouer du type mâle.

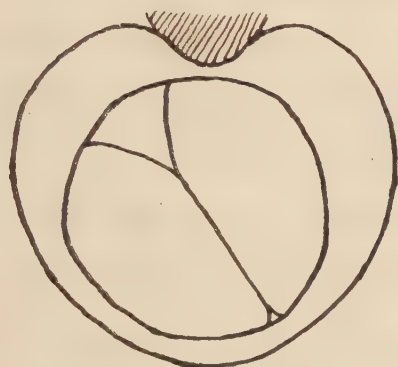
Cliniquement, cette anomalie, décelable à la simple inspection par l'allure plate de la face postérieure du sacrum peut être appréciée avec une certaine exactitude par une mensuration analogue à celle du diamètre de Baudeloque.

Au moyen du compas on mesure la distance comprise entre : d'une part le bord supérieur de la symphyse pubienne et d'autre part :

1° Le point le plus saillant de la première pièce sacrée.

2° La pointe du sacrum — non du coccyx —

3° Le point moyen de la crête sacrée compris entre les deux précédents.



Bassin normal

• L'engagement en O.I.D.P. d'une tête fléchie •



Bassin au sacrum plat

Figure II

Les résultats de nos mensurations sont consignés dans le tableau suivant :

	Sacrums normaux	Sacrums plats
Diamètre de Baudelocque	20 à 21 cm.	21 à 21,5 cm.
Diamètre supérieur ...	18 à 19 cm.	19 à 20 cm.
Diamètre moyen	17,5 à 18 cm.	17 cm.
Diamètre inférieur ...	15,5 à 16 cm.	15.5 à 16 cm.

L'attention doit se porter sur la différence entre le diamètre supérieur et le diamètre moyen qui varie entre 0 et 1 cm. dans les bassins normaux et entre 2 et 3 cm. dans les bassins à sacrum plat. Le diamètre de Baudelocque est fréquemment un peu augmenté.

Le reste du bassin nous a paru normal sauf — ébauche de masculinisation également — une ogive pubienne sensiblement plus aiguë dans deux de nos cas. La forme du détroit supérieur, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par notre figure II est presque ronde, ressemblant ainsi aux bassins à diamètre antéro-postérieur prédominant de Guillaume.

Cette forme de bassin va avoir deux conséquences, D'abord, et cela avait été bien vu par Barnes qui écrivait que les postérieures étaient fréquentes dans les bassins au promontoire peu saillant, la tête va avoir bien plus de facilités pour s'engager en postérieure. Il suffit pour s'en rendre compte de regarder notre figure II qui montre que le promontoire effacé laisse bien plus de place à l'occiput. Ne négligeons pas de faire remarquer que nos schémas ne se rappor-

tent qu'au bassin osseux et qu'il faut y ajouter l'épaisseur des parties molles.

La descente commençant, l'obliquité du bassin étant moins marquée, la force utérine ne s'exercera pas immédiatement en direction de l'arc antérieur du bassin, ou du moins d'une façon bien moins marquée, les résistances auront tendance à jouer en sens inverse, et l'occiput commencera à tourner en arrière ainsi que nous l'avons constaté deux fois. Puis, gênée en arrière par le manque de creux de la coquille sacrée, la tête va se défléchir et par suite accentuer encore sa rotation vicieuse. Alors, et nous nous rencontrons ici avec M. Demelin qui y insiste, il est facile de voir que la tête fœtale va avoir grand'peine à progresser, butant sans cesse sur ce mur que forme en arrière la face antérieure du sacrum contre laquelle elle frotte péniblement. Il n'est donc pas étonnant que le forceps ait été nécessaire dans les trois cas que nous relevons.

Il faut remarquer que cette conformation ne commande pas de façon formelle les positions postérieures, et nous sommes persuadés que les antérieures bien fléchies doivent évoluer normalement dans ces bassins. Mais une postérieure doit presque fatalement devenir occipito-sacrée et une occipito-sacrée dans laquelle il faudra sans doute intervenir, ou dont l'évolution sera tout au moins grandement retardée.

Notons en passant que les cas que nous rapportons où la tête a évolué d'une position antérieure à une occipito-sacrée sont tous des cas de têtes petites, à l'aise dans un bassin normal.

Il reste à expliquer la déflexion elle-même dans les cas où elle apparaît comme primitive et seule raison à la rotation en arrière. Toutes les étiologies possibles ont été mises en avant : gémellarité, circulaires du cordon, tumeurs des organes du bassin, bassins viciés, obliquité utérine, placenta prævia et bien d'autres encore que nous passons sous silence. Nous n'avons pas trouvé que ces causes apparaissent de façon bien nette. Notre étude nous a montré une proportion de bassins viciés, très légèrement du reste, exactement la même que dans les occipito-postérieures. Nous avons douze gémellaires, proportion un peu élevée, c'est encore la cause que nous accepterons le plus volontiers. Deux cas de cicatrices vicieuses de l'abdomen ayant peut-être provoqué une certaine obliquité utérine. Quatre cas de circulaires du cordon ce qui est moins que la moyenne. Pas de tumeurs pelviennes. Pas de placenta prævia. En fait le plus grand nombre des cas n'a pas d'explications apparentes. Peut-être le bassin à sacrum plat joue-t-il un rôle plus étendu que nous le croyons nous-mêmes. Une étude objective serait peut-être à faire.

Le dégagement.

Un certain nombre d'auteurs, à la suite des observations de Tarnier sur le dégagement en occipito-sacrée pensent qu'il se fait dans la règle par dégagement du haut du front ou de la région de la fontanelle antérieure sous la symphyse pubienne puis flexion de la tête avec appui sur cette région et dégagement de la face par déflexion. Par ce mécanisme la tête se dégagerait par ses grands diamètres occipito-frontaux, ce qui expliquerait les déchirures plus fréquentes.

M. Demelin a bien montré et nos observations personnelles nous confirment entièrement dans cette opinion, qu'en réalité le dégagement de l'occipito-sacrée se fait sur un mode différent. Le haut du front ou la région de la fontanelle antérieure « apparaît » bien en effet assez fréquemment sous la symphyse, comme l'écrit Tarnier, mais bientôt, comme il le dit lui-même un peu plus loin, remonte derrière elle. La tête par un mouvement de flexion qui s'accuse de plus en plus vient dégager l'occiput à la commissure postérieure de la vulve, et par un mouvement de déflexion secondaire se dégagent successivement le front et la face. Ce mécanisme avait été bien vu par Scanzoni qui écrivait : « La pression agit fortement sur le front qui remonte derrière le pubis et ne s'abaisse qu'après le dégagement complet de l'occiput ». La tête se

dégage donc habituellement par ses diamètres sous-occipito-frontaux.

Bien plus rarement le front se dégage le premier suivant le mode classiquement admis. Enfin, exceptionnellement — nous n'en avons pas rencontré de cas dans notre étude — la tête par un mouvement de déflexion maximum vient se dégager en face. Ce dernier mode n'est possible qu'avec de petites têtes, un bassin et des parties molles très tolérants et de très fortes contractions utérines.

Nous pensons que si le dégagement se faisait plus souvent suivant le mécanisme habituellement admis, les lésions du périnée seraient plus nombreuses et plus graves qu'elles ne le sont, avec des têtes normales.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC

Comme nous l'avons rapidement montré dans notre premier chapitre, le pronostic des occipito-sacrées a été longtemps controversé. Et si, en France, on est maintenant à peu près d'accord pour ne pas leur attribuer un pronostic sensiblement plus fâcheux qu'aux occipito-pubiennes il n'en va pas de même à l'étranger.

Il est difficile de comparer les idées des anciens auteurs et celles des accoucheurs d'aujourd'hui. Le pronostic obstétrical en général était bien plus sérieux il y a 60 ou 70 ans que de nos jours. L'avènement de l'asepsie et les progrès de la chirurgie ont modifié du tout au tout l'évolution des cas pathologiques quels qu'ils soient. Les occipito-sacrées en ont profité comme les autres et il ne serait pas logique de comparer les opinions admises actuellement et celles des maîtres du siècle dernier. Nous ne pouvons mettre en parallèle que les avis contemporains.

Il faut encore distinguer le pronostic fœtal et le pronostic maternel.

Ici comme ailleurs la mortalité proprement dite a considérablement diminué et on ne peut, croyons-nous, attribuer au seul fait de la rotation de la tête en arrière aucun cas de mort de la mère. Quant à l'enfant, nous trouvons une mortalité de 2, 3 % au cours du travail ou immédiatement après. Cette proportion est un peu plus élevée que dans les occipito-pubiennes (1, 7 %) et pourrait sans doute, si elle se retrouvait d'une façon un peu constante être attribuée à la prolongation du travail.

Il est d'autres éléments à rechercher :

La prolongation du travail et les interventions nécessaires.

Les lésions des parties molles.

Les complications du post-partum.

Les lésions fœtales.

Prolongation du travail.

La plupart des auteurs reconnaissent que l'accouchement est plus long en occipito-sacrée qu'en occipito-pubienne. Leurs appréciations varient davantage quant à cet allongement. Nos observations montrent que la durée de l'expulsion est peu augmentée lorsque la tête est petite et ronde, chez les multipares et chez les primipares à tissus souples. Elle est au con-

traire portée au double, au triple ou davantage quand les enfants sont normaux ou qu'il s'agit de primipares au-dessus de 26 ans. C'est un élément de pronostic important parce que la longue durée de la période d'expulsion déjà si pénible en elle-même rend l'accouchement sensiblement plus éprouvant.

Rappelons que si les auteurs allemands sont à peu près d'accord avec les Français sur ce point, les auteurs anglo-saxons considèrent que les occipito-sacrées non seulement prolongent l'accouchement, mais le rendent le plus souvent impossible.

Les interventions.

On voudra bien nous accorder que les interventions que certains auteurs ont l'air de considérer comme plus ou moins négligeables assombrissent singulièrement le pronostic, sinon au point de vue vital, du moins au point de vue de la souffrance de la mère et de l'enfant qui n'est pas à négliger.

Les opinions diffèrent :

Pour Bouhey, la proportion relative des interventions est de :

	0,47 %	dans les O.P.	11,25 %	dans les O.S.
Pour Allin	6 %	—	38 %	—
Pour Corbière	7 %	—	12 %	—

M. Demelin détaille davantage la question et remarque que l'accouchement sera prolongé et que l'on devra sans doute intervenir quand :

La coquille sacrée manque de concavité.

L'angle sacro-vertébral est particulièrement saillant.

La profondeur du bassin est moindre que normalement.

Il estime les interventions au quadruple de ce qu'elles sont dans les occipito-postérieures, soit 33 %.

Les auteurs anglo-saxons qui sont les seuls à intervenir manuellement le font en moyenne dans 40 % des cas. Ils appliquent le forceps dans environ 45 % des cas. Le total des interventions est ainsi porté au total extraordinaire de 95 %.

Martius est intervenu dans 34 % des cas qu'il publie.

Mercken est intervenu dans 19 % des cas.

Notre étude nous a montré qu'on est intervenu à Lariboisière dans 6 % des cas d'occipito-pubiennes et dans 27, 6 % des cas d'occipito-sacrées soit environ 4 fois 1/2 plus souvent.

Les catégories comprenant le plus d'interventions sont :

Les primipares âgées ;

Les gros enfants ;

Les sacrums plats.

A l'exception de la dernière catégorie, ce sont les mêmes causes qui se retrouvent dans les occipito-pubiennes mais en proportion bien moindre.

	Forceps			Inter- ventions manuelles	Total	Total des Inter- ventions	Déchi- rures complètes	Déchi- rures com- plètes	Episio- tomies	Total des lésions Périnéales
	Sans rotation	avec rotation								
Allin	«	«	38 %	«	38 %	38 %	25 %	«	30 %	55 %
Bouhey	11 %	«	11 %	«	11 %	11 %	Rares et sans gravité			
Corbière	«	«	12 %	«	12 %	12 %	«	«	«	«
Demelin	«	«	33 %	«	33 %	33 %	«	«	«	«
Mercken	19 %	«	19 %	«	19 %	19 %	25 %	«	30 %	55 %
Martius	28 %	6 %	34 %	«	34 %	34 %	«	«	«	«
Auteurs anglais	5 %	40 %	45 %	40 %	45 %	95 %	50 %	5 %	20 %	75 %
O.P. Chiffres	Primipares	11 %	«	«	«	6 %	7,5 %	«	3 %	10,5 %
	Multipares	2,3 %	«	«	«	«	«	«	«	«
O.S. personnels	Primipares	42,6 %	8,2 %	«	50,8	27,6 %	44,2 %	6,6 %	6,6 %	57,4 %
	Multipares	5,7 %	1,4 %	«	7,1	«	18,8 %	1,4 %	1,4 %	21,6 %

Les lésions des parties molles.

Notre tableau donne les proportions indiquées par différents auteurs. Rappelons que nous trouvons quatre fois plus de périnéés lésés au cours des accouchements en occipito-sacrée qu'en occipito-postérieure.

Nous avons noté 6 déchirures graves sur 53. C'est une proportion plus élevée que normalement.

Si nous n'avons trouvé qu'une de ces déchirures centrales qu'on considérerait comme l'apanage des occipito-sacrées, deux autres de nos observations portent la mention : « Episiotomie pour amorce de déchirure centrale ».

Nous ferons remarquer par ailleurs que les déchirures graves sont devenues bien plus rares depuis la généralisation de la pratique de l'épisiotomie prophylactique, et nous sommes persuadés que les anciens avaient bien vu lorsqu'ils craignaient de grands délabrements périnéaux dans les occipito-sacrées.

Les complications du post-partum.

Nous en avons déjà parlé et nous avons dit qu'elles sont nettement plus fréquentes que dans les occipito-postérieures. Nous devons remarquer que leur gravité vitale n'a jamais été bien grande sauf dans deux cas de choc très accentué dont l'un doit être attribué à une rigidité cicatricielle du col sans rapport avec la position de dégagement.

Nous voudrions insister un peu sur les cas de cystite et de dysurie — qui en est sans doute un premier stade, — que nous avons relevé dans une proportion assez élevée. Nous les attribuons à la compression prolongée du col vésical et les considérons comme une conséquence presque directe de la position vicieuse, elle-même cause de la durée anormale du travail. Ces cystites, à colibacilles dans les cas où le germe a été recherché, ont une fâcheuse tendance à la récurrence dans l'avenir. Elles sont survenues chez des femmes sans passé colibacillaires, ni même habituellement constipées pendant leur grossesse.

Les lésions fœtales.

Nous n'en avons noté aucune qui vaille la peine d'être rapportée. Il n'y a pas eu de paralysie faciale due aux applications de forceps. Les bosses séro-sanguines sont souvent spécialement volumineuses mais se résorbent naturellement aussi bien que dans d'autres cas.

Les trois morts pendant ou immédiatement après le travail sont sans doute dûs à la prolongation exagérée de celui-ci et à l'excès de la souffrance fœtale, mais cela arrive aussi bien dans les occipito-postérieures bien qu'en moindre proportion.

Remarquons que tous les forceps ont eu pour cause la souffrance fœtale, concurremment le plus

souvent avec la durée excessive de la période d'expulsion. Il paraît donc assuré que le fœtus souffre davantage que dans les cas normaux.

En résumé, l'accouchement en occipito-sacrée n'offre plus, grâce aux progrès de l'obstétrique, un pronostic aussi sombre qu'autrefois. Néanmoins, nous ne serons pas aussi optimiste que certains, car il est plus fréquemment compliqué que l'accouchement en occipito-pubienne et expose la mère et l'enfant à une souffrance plus grande et plus prolongée.

CHAPITRE V

CONDUITE A TENIR

Prophylaxie.

Etant donnée une position postérieure, diagnostiquée au cours du travail, faut-il intervenir pour empêcher sa transformation en occipito-sacrée ?

Nous répondons résolument non. Non pas, avec la plupart des auteurs français parce que nous ne craignons pas l'occipito-sacrée, car nous pensons au contraire que s'il existait un moyen vraiment efficace et bénin de porter l'occiput en avant il *faudrait* l'employer. Mais parce que nous sommes persuadés que la meilleure méthode, celle de Tarnier, par exemple, qui fait tourner la tête par la pression d'un index derrière l'oreille, est inutilement pénible et inefficace. Nous ne voulons pas dire que l'on ne peut faire tourner la tête, nous y sommes arrivé plusieurs fois. Nous voulons dire que si la tête tourne sous la pression du doigt elle aurait tourné spontanément un peu plus

tard. Dans les cas que nous publions, nous avons essayé trois fois de faire tourner l'occiput en arrière et nous ne sommes arrivé qu'à nous attirer de violentes protestations de la part de la parturiente. La manœuvre est en effet douloureuse, surtout chez les primipares, car elle nécessite l'introduction de toute la main dans le vagin et un certain degré d'appui sur ses parois.

Il est facile, au reste, en consultant les statistiques des Anglais qui emploient couramment la méthode, de voir que le nombre des occipito-sacrées se produisant après échec de cette manœuvre est *au moins* aussi élevé que dans les cas où on laisse les choses évoluer spontanément. Nous sommes donc d'avis de s'abstenir de toute pratique de ce genre, qui risquerait d'être intempestive.

Traitement.

L'occipito-sacrée étant constituée, que faire si le dégagement ne se produit pas ?

Nous croyons de bonne pratique de faire une application de forceps dans tous les cas où, les contractions étant normales, l'expulsion ne progresse plus depuis deux heures.

Quel forceps choisir ?

Nous donnons personnellement la préférence au forceps Demelin qui permet dans ces cas difficiles

où la tête est souvent fortement enclavée, défléchie et plus ou moins inclinée, de faire des prises plus régulières et plus symétriques.

La question de la rotation est des plus controversées. Nous estimons que l'on doit faire comme l'on peut en ayant à l'esprit la protection des tissus maternels bien plus que des questions d'école. Nous essayons de ramener l'occiput en avant dans l'idée de ménager le périnée lors du dégagement. Mais à la moindre résistance nous dégageons en arrière en pratiquant au besoin une large épisiotomie. Nous ne pensons pas qu'on puisse réellement causer de déchirures importantes du vagin, de ces « véritables désinsertions » dont parlent les auteurs, sans s'en apercevoir, à moins d'être très troublé.

En cas de grande rotation doit-on désarticuler et refaire une nouvelle prise ou non ?

Ce nous paraît être affaire d'habileté personnelle. En tous cas, le reproche que font certains auteurs à la double application d'augmenter la souffrance fœtale et maternelle n'a selon nous, que peu de valeur. Si les applications sont bien et rapidement faites — et la seconde est facile — ni la mère ni l'enfant ne doivent en souffrir davantage.

On se trouvera bien, dans un certain nombre de cas, et spécialement, pensons-nous, dans les bassins au

sacrum plat à cause du resserrement de l'ogive pubienne, de mettre la femme dans la position de Devraigne-Descomps. Parfois même, ainsi qu'il est arrivé au cours d'un des cas que nous rapportons, l'accouchement se terminera spontanément dès l'application de cette méthode.

N°	Parité	Age	Age de la gestation	Position primitive	Rupture des membranes	Durée de l'expulsion	Interventions	Etat du périnée	Poids de l'enfant	Etat de l'enfant	Observations
1	I	23	Terme	OIDP	Spont. précoce	3 h. 15	Forceps en OIDP	Episiotomie Déchirure	3.800	vivant	Excès de liquide
2	II	24	Terme	OIDP	Spont. tempest.	1h.15		Eraillure	3.500	viv.	
3	I	33	Terme	?	Prématurée	3h.	Forceps en OS	Episiotomie	3.450	étonn.	Cystite dans les suites de couches.
4	I	22	Terme	OIDP	Spont. précoce	4h.	Forceps en OS Extraction en OS	Déchirure complète	3.550	étonné	Hémorragie par inertie après la délivrance
5	I	32	Terme	OIGP	Spont. tempest.	3h.10	Forceps en OS. Rotation	Episiotomie Déchirure	4.170	ranimé	
6	V	35	Terme	OIDP	Spont. tempest.	1h.		Intact	3.700	viv.	Liquide teinté
7	I	17	7 mois 1/2	OIDP	Prématurée	2h.15		Intact	2.170	viv.	Contractions utérines peu fréquentes.
8	I	22	Terme	OIDP	Prématurée	1h.15		Intact	3.000	viv.	42 h. de travail.
9	I	23	Terme	OIDP	Spont. tempest.	2h.50	Forceps en OS	Intact	3.720	ranimé	Femme très choquée. Pé-riode d'inertie utér., alors que la tête était au D.S. à dil. comp. Enf. mort 5 h. 30 après la naissance.
10	I	26	Terme	OIGP	Spont. précoce	16 h.	Forceps en OS et rotation	Déchirure	4.250	ranimé	Promonto-sous-pubien : 10,5. — 66 h. de travail.
11	I	24	Terme	OIGP	Spont. précoce	3h.45	Forceps en OS	Intact	3.200	ranimé	Hémorragie de la délivr. par inertie.
12	III	33	Terme	OIGP	Spont. temp.	2h.		Episiotomie p. amorce de déchirure cent-rale.	3.200	viv.	Son deuxième enfant est né en O. S. avec 3 h. d'expul-sion.

N°	Parité	Age	Age de la gestation	Position primitive	Rupture des membranes	Durée de l'expulsion	Interventions	Etat du périnée	Poids de l'enfant	Etat de l'enfant	Observations
13	I	28	Terme	OIGP	Spont. précoce	3h.10	Forceps en OS.	Déchirure latéro-clitoridienne. Intact	3.750	viv.	
14	I	34	7 mois	OIDP	art. temp.	25'			1.600	viv.	1 ^{er} enf. d'une gémellaire
15	I	29	7 mois 1/2	OIDP	Spont. précoce	3h. 15	Incision du col à grande paume. Forceps en OS	Déchirure	2.350	raminé	73h. de travail. Femme très choquée. Déliv. artificielle pour hémorragie. Inertie utérine
16	I	24	7 mois 1/2	OIDP	Spont. temp.	25'			1.850	viv.	1 ^{er} d'une gémellaire.
17	IV	32	Terme	OIDP	Art. temp.	30'		Intact	4.100	viv.	4h. 50 de travail. Son 3 ^e enfant s'est présenté par la face.
18	II	25	Terme	OIGA	Spont. précoce	2h.15	Forceps en O.S.	Intact	3.200	viv.	1 ^{er} d'une gémellaire.
19	I	27	8 mois	?	Spontanée	?	Rotation.	Intact	2.310	viv.	
20	I	24	Terme	OIDP	Spont. précoce	3h.10	3 Forceps enOIDP puis O.S. rotation impossible	Doub. épisio-	4.250	raminé	Cicatrice de ligamentopexie et appendicectomie Utérus non dévié. 26 h. de travail.
21	II	25	8 mois	?	Spontanée	1h.55	Tentative de forceps en OIGP.puis Forceps en O.S.	Intact Double épisiotomie	2.470	viv.	
22	I	27	Terme	OIDP	Prématurée				3.150	Mort né	Incision du col après 68 h. travail. Tentative infructueuse de forceps. Contrature des releveurs. Morphiné. Forceps 10 h. après. Modific. des bruits du cœur fœtal. Enfant impossible à ramener.
23	I	20	Terme	OIGP	Artif. tempest.	55'		Intact	3.200	viv.	Procidence du cordon pendant l'expulsion.
24	II	21	Terme	OIGP	Artif. temp.	1 h.		Intact	3.550	viv.	
25	I	36	8 mois 1/2	?	Prématurée	3h.15		Intact	2.820	viv.	24 h. de travail. Dysurie dans les suites de couches.

N°	Parité	Age	Age de la gestation	Position primitive	Rupture des membranes	Durée de l'expulsion	Interventions	Etat du périnée	Poids de l'enfant	Etat de l'enfant	Observations
26	II	33	8 mois 1/2	OIGA	Art. tempest.	15'		Intact	2.260	viv.	2h.30 de travail. Premier enfant d'une gémellaire.
27	III	34	Terme	OIGA	Spont. tempest.	35'		Intact	3.050	viv.	
28	II	29	Terme	OIGP	Spont. précocé	1h.20		Intact	3.780	viv.	
29	II	29	8 mois	OIGA	Art. temp.	25'		Intact	2.350	viv.	Petite tête ronde
30	VI	19	7 mois 1/2	OIGP	Art. tempest.	45'		Intact	1.700	viv.	1 ^{er} d'une gémellaire.
31	I	29	Terme	OIDP	Spont. précocé	2h.30	Forceps en OS	Déchirure	3.400	étonné.	Epines sciatiques saillantes Position de Devraigne-Descomps.
32	I	24	Terme	OIDP	Spont. prémat.	2h.10		Déchirure	2.950	viv.	Œdème du col. Morphine.
33	II	22	Terme	OIDP	Spont. temp.	20'		Intact	3.100	viv.	4 circulaires autour du cou
34	I	19	Terme	?	Prématurée	2h.		Déchirure	3.250	viv.	Liquide teinté.
35	I	20	Terme	OIDP	Spont. précocé	4h.	Forceps en OS, et rotation.	Déchirure	3.550	étonné	Forceps pour non progress. de la tête. Fièvre à 39 pendant 2 j. après l'accouch.
36	II	21	Terme	OIDP	Spont. temp.	45'		Intact	3.150	viv.	6 h. 15 de travail.
37	I	16	Terme	OIDP	Spont. temp.	2h.50	Forceps en OIDP	Déchirure	3.700	viv.	Forceps p ^r ralentissement des bruits du cœur fœtal.
38	II	25	Terme	OIDP	Artif. temp.	1h.		Déchirure	3.470	viv.	Cicatrices multiples d'opérations abdom. dont une ovariectomie droite, un circlaire. — Femme très agitée.
39	II	27	8 mois 1/2	OIDP	Spont. temp.	20'		Intact	2.510	viv.	
40	I	31	Terme	OIDP	Artif. temp.	3h.15	Forceps en OIDP	Déchirure	3.250	vivant	Déchirure en dégagant en O.S. 2 ^e prise et dégt en OP
41	II	23	Terme	OIDP	Spont. temp.	2h.35		Intact	3.750	vivant	56h.20 de travail. Son 1 ^{er} enfant est né en OS. Pesait 3.600 gr. Forceps.
42	III	31	8 mois	OIDP	Spont. temp.	45'		Intact	1.600	Mort	1 ^{er} d'une gémellaire. Tous deux nés.
43	I	27	Terme	OIDP	Spont. précocé	2h.30	Forceps en OIDP	Déchirure	3.880	viv.	Escharres vaginales.
44	IV	32	Terme	OIDP	Spont. temp.	35'		Intact	4.550	viv.	

N°	Parité	Age	Age de la gestation	Position primitive	Rupture des membranes	Durée de l'expulsion	Interventions	Etat du périnée	Poids de l'enfant	Etat de l'enfant	Observations
45	II	25	Terme	?	Artif. temp.	45'		Déchirure	3.450	viv.	Au 1 ^{er} accouchement. Forceps sur enfant de 4.500 gr. Position inconnue.
46	I	23	8 mois 1/2	OIDP	Spont. temp.	1h.10		Déchirure	2.870	viv.	
47	III	32	Terme	OIGP	Spont. temp.	45'		Intact	3.480	viv.	
48	I	22	Terme	OIDP	Spont. précoce	3h.40	Forceps en OIDP	Intact	3.020	viv.	Rétention d'urine prolongée. Dysurie dans les suites de couches.
49	II	?	Terme	OIDP	Prématurée	50'		Intact	3.950	viv.	
50	I	21	Terme	OIDP	Spont. tempest.	1h.10		Déchirure	3.770	viv.	
51	I	25	Terme	OIGP	Prématurée	3h.50	Forceps en OS	Episiotomie et déchirure.	3.450	étonné	118h. 30 de travail. Forceps pour souffrance fœtale. Liquide teinté.
52	III	33	Terme	OIDP	Spont. temp.	20'		Intact	3.800	viv.	
53	II	27	Terme	OIDP	Spont. temp.	35'		Intact	2.920	viv.	
54	I	25	Terme	OIDP	Spont. temp.	1h.20		Intact	3.700	viv.	
55	II	32	Terme	OIGA	Artif. temp.	15'		Intact	3.200	viv.	3h.15 de travail
56	II	24	Terme	OIDP	Spont. tempest.	40'		Intact	3.250	viv.	
57	II	24	Terme	OIDP	Spont. tempest.	35'		Déchirure	4.150	viv.	
58	III	26	Terme	OIDP	Artif. temp.	45'		Eraillure	3.480	viv.	4h. 5 de travail
59	IV	27	Terme	OIDP	Spont. temp.	10'		Intact	4.000	viv.	3h. 45 de travail.
60	II	22	Terme	OIDP	Spont. précoce	15'		Intact	4.500	viv.	Rupture des membranes non notée.
61	II	32	6 mois 1/2	OIDP	?	30'		Intact	1.100	viv.	1 cœculaire autour du cou.
62	II	28	8 mois	OIGA	Spont. tempest.	3h.15	Forceps en OS	Intact	viv.	2.170	
63	II	23	Terme	?	Artif. tempest.	15'		Déchirure au premier.	2.600	viv.	1 ^{er} de 3 jumeaux.
64	I	20	Terme	OIDP	Spont. tempest.	35'		Intact	3.170	viv.	8h.30 de travail Bassin large.
65	II	26	6 mois 1/2	OIDP	Artif. tempest.	45'		Intact	1.430	viv.	Le 2 ^o d'une gémellaire
66	II	23	Terme	OIDP	Spont. temp.	10'		Intact	3.300	viv.	3h.35 de travail.

N°	Parité	Age	Age de la gestation	Position primitive	Rupture des membranes	Durée de l'expulsion	Interventions	Etat du périnée	Poids de enfant	Etat de enfant	Observations
67	I	21	Terme	OIDP	Artif. tempest.	?		Intact	3.350	Mort	Auscultation négative. Temps d'expuls. non noté
68	I	20	8 mois 1/2	OIDP	Spont. tempest.	2h.15		Déchirure au 1 ^{er}	2.640	vivant	1 ^{er} d'une gémeilaire. — 41 h. de trav. pr le 1 ^{er} . Forceps sur le 2 ^e en OIGA.O.P. pour contracture utérine. Hémorr. Délivrance artif.
69	II	22	Terme	OIGP	Spont. précoce	2h.15	Forceps en G.P. Flexion et dégagement spontané en OS.	Déchirure vaginalo-périnéale	3.620	ranimé	Hémorragie par inertie. Délivrance artificielle.
70	II	22	Terme	OIDP	Prématurée	2h.30		Intact	3.130	viv.	35 h. de travail. Dysurie dans les suites de couches.
71	I	21	8 mois	OIGA	Artif. tempest.	2h.10		Intact	2.350	viv.	
72	I	22	8 mois 1/2	OIDP	Spont. temp.	1h.50		Déchirure	2.660	viv.	Bassin G.R. Promontoire non accessible.
73	II	23	Terme	OIGP	Spont. précoce	20'		Intact	3.220	viv.	6h.40 de travail.
74	III	31	Terme	OIDP	Spont. tempest.	10'		Déchirures	3.550	viv.	4h.30 de travail.
75	I	20	Terme	OIDP	Spont. tempest.	1h.		Intact	3.350	viv.	
76	I	23	8 mois 1/2	OIGA	Spont. tempest.	20'		Intact	2.850	viv.	6h 30 de travail. Grand bassin.
77	I	33	Terme	?	?	?		Déchirure	3.250	Mort-né	21 h. de travail. Enfant n'ayant pu être ranimé.
78	II	27	Terme	OIGP	Spont. tempest.	15'		Intact	3.500	viv.	5h. de travail
79	I	16	8 mois	OIGP	Artif. tempest.	1h.		Intact	2.550	viv.	
80	II	23	Terme	OIGA	Spont. tempest.	10'		Intact	3.300	viv.	1h.45 de travail. Hémorragie. Délivrance artificielle.
81	III	29	Terme	OIDP	Spont. tempest.	25'		Intact	3.240	viv.	4h. 35 de travail
82	I	39	8 mois 1/2	OIGA	Prématurée	3h.	Forceps en OS	Intact	2.850	ranimé	
83	I	22	Terme	OIDP	Spont. précoce	4h.	Forceps en OS	Déchirure compléc. Erallure	4.150	vivant.	Hémorragie par inertie utérine.
84	III	30	Terme	OIDP	Spont. tempest.	45'			4.500	viv.	

N°	Parité	Age	Age de la gestation	Position primitive	Rupture des membranes	Durée de l'expulsion	Interventions	Etat du périnée	Poids de l'enfant	Etat de l'enfant	Observations
85	II	31	Terme	OIDP	Spont. précocé	1h.30		Intact	3.450	viv.	1 circulaire
86	II	20	6 mois 1/2	OIGA	Prématurée	25'		Intact	1.420	viv.	
87	I	20	6 mois 1/2	OIDP	Artif. tempest.	35'		Intact	1.230	viv.	
88	I	25	Terme	OIDP	Spont. précocé	2h.30	Forceps en OS	Episiotomie	3.250	viv.	
89	I	20	Terme	OIDP	Spont. tempest.	45'		Déchirure	3.250	viv.	
90	II	22	8 mois	?	Prématurée	—	Forceps en OS. Rotation	Déchirure	2.520	vi-vant.	Arrêt de la dilatation à 20h du début du travail. Infection amniotique. T. 38°. Incisions du col. Forceps en OS et rotation.
91	OV	23	Terme	OIDP	Spont. tempest.	20'		Intact	3.200	viv.	
92	II	21	Terme	OIGA	Spont. précocé	1h.30		Episiot. pour amorce de déchirure centrale.	3.350	vi-vant	
93	IV	23	Terme	OIGA	Artif. tempest.	35'		Intact	3.770	viv.	
94	III	23	Terme	OIDP	Spont. tempest.	25'		Intact	3.025	viv.	
95	I	22	Terme	OIGP	Spont. précocé	3h.30	Forceps en OS	Intact	3.300	viv.	
96	VII	30	Terme	OIDP	Artif. tempest.	15'		Intact	3.480	vi-vant	Cyphose dorsale. Bassin en entonnoir. Bi-ischiatique 9,2
97	II	30	Terme	OIDP	Spont. précocé	2h.15		Déchirure	3.400	vi-vant	Fièvre dans les suites de couches. Dy. urie.
98	III	28	Terme	OIDP	Spont. précocé	30'		Intact	3.750	viv.	
99	III	34	Terme	OIGP	Spont. précocé	10'		Intact	2.770	viv.	Le 1 ^{er} d'une gémellaire.
100	II	?	6 mois	OIGA	Prématurée	1h.10		Intact	980	viv.	Vécu quelques heures.
101	III	27	Terme	OIDP	Artif. tempest.	45'		Intact	3.100	viv.	
102	II	?	8 mois	OIGA	Spont. tempest.	25'		Intact	2.650	viv.	
103	II	28	8 mois 1/2	OIDP	Spont. tempest.	35'		Intact	2.750	viv.	
104	II	38	Terme	OIDP	Artif. tempest.	1h.15		Intact	2.800	ranimé	Le 2 ^e d'une gémellaire. Le 1 ^{er} OIDP. OP : 3.200gr. 30' d'expulsion. Inertie à l'expulsion du 2 ^e .

N°	Parité	Age de la gestation	Position primitive	Rupture des membranes	Durée de l'expulsion	Interventions	Etat du périnée	Poids de l'enfant	Etat de l'enfant	Observations
105	I	20	OIDP	Artif. précoce	3h.	Forceps en OS	Episiotomie et déchirure.	3.050	étonné, viv.	22 h. 50 de travail.
106	I	24	OIGA	Spont. tempest.	2h.30	Forceps en OIGP	Intact	3.150	viv.	Le 2 ^e d'une gémellaire.
107	III	35	?	Spont. tempest.	45'	Dégagem. en OS.	Episiotomie	3.480	viv.	Escharies vaginales Cystite dans les suites de couches.
108	II	22	OIDP	Artif. tempest.	2h.50		Intact	3.450	viv.	30 h. de travail
109	III	?	OIDP	Spont. tempest.	2h.20		Intact	4.020	viv.	
110	II	31	?	Prématurée	2h.15		Éraillure	3.300	viv.	
111	I	22	OIDP	Spont. tempest.	1h.30		Déchirure	3.300	viv.	
112	II	27	OIDP	Spont. tempest.	1h.45		Intact	3.820	viv.	
113	I	17	OIDP	Spont. précoce		Forceps en OS	Déchirure	3.150	ranimé	52 h. de travail. Incision du col pour souffrance fœtale.
114	II	18	OIGA	Spont. tempest.	2h.15		Intact	3.100	viv.	
115	I	18	OIDP	Spont. précoce	1h.50		Intact	3.500	viv.	
116	I	21	OIGA	Spont. tempest.	2h.45	Forceps en OS	Déchirure	3.210	étonné.	Epaule. Version par manœuvres externes. Contention par un bandage.
117	I	16	OIGP	Spont. tempest.	45'		Intact	3.300	viv.	1 circulaire. Hémorragie par inertie.
118	I	24	OIDP	Artif. tempest.	1h.35		Éraillure	3.630	viv.	
119	II	22	OIDP	Spont. tempest.	40'		Intact	2.800	viv.	
120	I	29	OIGP	Spont. tempest.	25'		Intact	1.820	viv.	
121	I	29	OIDP			Forceps en DP. mal fléchie. Descente pénible. Ex-traction en O.S.	Episiotomie Déchirure centrale et complète.	2.620	ranimé	Traitement de métrite par caustique. Rigidité du col. Incision du col et du segment inférieur. Femme très choquée, transfusion. Enfant ranimé. Mort 14 h. après la naissance.

N°	Parité	Age	Age de la gestation	Position primitive	Rupture des membranes	Durée de l'expulsion	Interventions	Etat du périnée	Poids de l'enfant	Etat de l'enfant	Observations
122	II	32	Terme	OIGP	Spont. précoce	3h.15	Forceps en OS	Episiotomie et déchirure.	3.170	ranimé	
123	II	24	Terme	OIDP	Spont. tempest.	45'		Déchirure	3.480	viv.	5h. 45 de travail.
124	I	21	8 mois 1/2	OIDP	Spont. précoce	1h.10	Mise en position de Devraigne-Desc.	Intact	2.960	viv.	Bassin G.R.juxta-minor.
125	I	17	8 mois 1/2	OIGA	Spont. temp.	2h.50		Déchirure	2.630	viv.	
126	I	25	8 mois	OIDP	Artif. tempest.	40'		Intact	2.440	viv.	
127	I	41	Terme	OIDP	Prématurée	3h.50	Forceps en OS	Déchirure	3.150	ranimé	82h. de travail.
128	I	25	Terme	OIDP	Spont. tempest.	6h.10	Forceps en O.S. 3 prises : rotation	Déchirure	3.700	ranimé	Cystite dans les suites de couches.
129	V	32	Terme	OIDP	Spont. précoce	3h.20	Forceps en OS	Intact	3.200	étonné.	Dysurie dans les suites de couches. T. 38° pendant 4 jours.
130	I	18	6 mois	OIDP	Spont. tempest.	35'		Intact	1.430	viv.	

CONCLUSIONS

L'accouchement en occipito-sacrée est une anomalie à laquelle nous reconnaissons trois causes principales :

La déflexion de la tête fœtale.

La petitesse et la rondeur de la tête.

Les bassins au sacrum plat.

Son pronostic, sans être grave, est plus sérieux que celui de l'accouchement en occipito-pubienne surtout chez les primipares en général et les primipares âgées en particulier, au point de vue de la durée du travail, de la fréquence des interventions et des complications du post-partum.

Vu : le Doyen,
ROUSSY

Vu : le Président de thèse,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- Allin (G.)**. — *Les occipito-postérieures*. Thèse de Paris 1927.
- Bar et Brindeau**. — *La pratique de l'art des accouchements*.
- Barnes** (Robert et Fancourt). — *Traité d'obstétrique médicale et chirurgicale*. Trad. franç. Paris 1889.
- Bataillard (A.)**. — *Etude statistique et clinique sur la durée et le pronostic du travail, les modes de terminaison et d'intervention dans les variétés postérieures de la présentation du sommet*. Thèse de Paris, 1889.
- Bayard**. — *Etude clinique et statistique de l'accouchement du sommet en occipito-postérieures dans la grossesse gémellaire*. Thèse de Paris, 1905.
- Bill (A.H.)**. — « Problem of vertex occipitoposterior position », *New-England' J. Med.* 20 décembre 1928.
- Bjornson (O.)**. — « Posterior position of occiput in labour » *British M.J.* 26 février 1933.
- Botkovskaia** (Mlle B.). — *Des occipito-postérieures*. Thèse de Paris, 1896.
- Boggs**. — « Some remarks relative to posterior positions of the occiput in labour », *Montreal M.J.* 1900.
- Bouhey (C.)**. — *De l'accouchement dans les présentations du sommet quand l'occiput reste définitivement fixé en arrière*. Thèse de Paris, 1919.
- Bumm**. — *Précis d'obstétrique*. Traduction Payot, Paris 1912.

Corbière (M.). — *Etude statistique sur les présentations du sommet (variétés postérieures) au point de vue de la fréquence et du pronostic.* Thèse de Paris, 1893.

Dearnley (G.). — *Treatment of posterior positions of vertex* Lancet, 25 octobre 1930.

De Lee (J.B.). — « Treatment of occiput posterior position after engagement of head », *Surg. Gynec. obst.*, mai 1928.

Demelin. — « *Obstétrique* » 1903, p. 235.

Société obstétricale de France, 1909, p. 211.

Demelin et Devraigne. — *Manuel de l'accoucheur.*

Dimitroff. — *L'accouchement dans les variétés postérieures du sommet.* Thèse de Toulouse 1908.

Dupre (G.). — *Les anomalies de la rotation de la tête dans les variétés postérieures de la présentation du sommet.* Thèse, Paris, 1909.

Dubrisay et Jeannin. — *Précis d'accouchement.*

Fabre. — *Précis d'obstétrique.*

Farabeuf et Varnier. — *Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements.*

Guerrero. — *Etude statistique et clinique de la durée et du pronostic du travail de l'accouchement dans les variétés postérieures de la présentation du sommet.* Thèse de Paris 1896.

Guillaume (R.). — *Du dégagement en occipito-sacrée dans les bassins à diamètre antéro-postérieur prédominant, d'origine congénitale.* Thèse Lyon 1910.

Louvain (Hubert de). — *Des phénomènes mécaniques de l'accouchement.*

Jardine (Robert). — *Delayed and complicated labour.*

Lacrotte (L.). — *Contribution à l'étude des présentations occipito-iliaques gauche postérieures.* Thèse de Lyon 1906.

Lapeyre (P) — *Contribution à l'étude des occipito-postérieures. Pronostic et interventions.* Thèse de Montpellier 1893.

Martius. — « Hintere Hinterhauptslagen » *Zentralblatt für gynæk*, 1925, n° 1.

Maygrier. — « Des positions occipito-postérieures », *Journal des sages-femmes*, 1902, p. 130.

Mercken. — « Les occipito-iliaques postérieures », *Gynécologie et obstétrique*, 1926, n° 5, p. 343.

Metzger. — *L'accoucheur moderne.*

Miller (D.) — « Occipitoposterior case, its diagnosis and management », *Brit. Med. j.* 7 juin 1930.

Naujoks. — « Vordere und hintere vorderhauptslagen », *Zentralblatt für Gynaekologie.*

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — *Traité d'obstétrique.*

Scanzoni. — *De l'art des accouchements*, Trad. franç. Picard, Paris, 1859.

Schumacher. — « Über die Hintere Hinterhauptslage und die Bedeutung des trichterbeckens für die Entstehung und den Austritts-Mechanismus dieser regelwidrigen Geburtsvariante », *Zeitschr. f. Geburtsh.* 1928, p. 483.

Tarnier. — *Annales de gynécologie*, décembre 1876.
— « L'accouchement dans les occipito-postérieures », *Semaine médicale*, janvier 1889.

Trillat (P.). — *Du mécanisme des rotations intra-pelviennes de la tête. Théorie du plan lombo-iliaque*, Thèse de Lyon 1904.

Varnier (H.). — *Du détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical.* Thèse de Paris, 1887.

